

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

1926

THÈSE

No

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR **Fernand GACHOT**

né le 3 Novembre 1900 à Argentré-du-Plessis
(Ille-et-Vilaine)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA LITHIASÉ SOUS-MAXILLAIRE ET PAROTIDIENNE

Président : M. LECÈNE, Professeur.

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 23

1926

IV. -- AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.

AUVRAY Pathologie chirurgicale.
 CHEVASSU ... Pathologie chirurgicale.
 LAIGNEL-LAVASTINE. Pathologie médicale
 LÉRI Pathologie médicale.

MM.

LÆPER Pathologie médicale.
 PROUST Pathologie chirurgicale
 RRTHERY Pathologie médicale.
 SCHWARTZ .. Pathologie chirurgicale

V. -- CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé

Chargé du cours de chirurgie orthopédique c
 l'adulte pour les accidentés du travail,
 mutilés de guerre et les infirmes adultes.

FREY

Stomatologie.

CHAILLEY-BERT

Education physique.

LEDoux-LEBARD

Radiologie clinique.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions ém
 dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme prop
 à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbati*

A MON PERE — A MA MERE

*Faible témoignage de mon
affectueuse reconnaissance
en face des sacrifices qu'ils
se sont imposés pour moi.*

A MA SŒUR — A MON BEAU-FRERE

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur LECÈNE,
Professeur de Pathologie chirurgicale,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis,

*qui nous a fait le grand
grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.*

A Monsieur le Professeur FOLLET,
Directeur de l'Ecole de plein exercice de Médecine
et de Pharmacie de Rennes.

A Monsieur le Professeur DAYOT,
Dont nous fûmes l'externe.

A Monsieur le Docteur AUGIER,
Dont nous fûmes l'interne.

A Monsieur le Professeur LE GAL LA SALLE,
*qui nous a aidé et conseillé
dans l'édification de ce
travail.*

A Monsieur le Professeur HUCHET

A mes Maîtres de l'Ecole de Rennes
et de l'Hôtel-Dieu

Aux Médecins et Chirurgiens de la
Clinique Saint-Yves de Rennes.

A mes Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux de Paris.

A mon Jury de Thèse

INTRODUCTION

Nous avons eu, au cours de nos études médicales, l'occasion d'observer quelques cas de calculs salivaires. M. le Professeur Le Gal La Salle nous suggéra de faire notre travail sur cette question. Il nous a dirigé dans nos recherches et nous a aidé de ses précieux conseils; nous lui en gardons une profonde reconnaissance. Mais, avant d'aborder l'étude de notre sujet, qu'il nous soit permis de remercier tous nos maîtres de l'Ecole de plein exercice de Rennes et de la Faculté de Paris qui nous ont prodigué leur enseignement et fait profiter de leur expérience.

M. le Professeur Follet guida nos premiers pas de ses leçons à la fois savantes et pleines d'attrait dont nous avons conservé une impression très profonde; aussi, qu'il veuille bien nous permettre de lui exprimer ici tous nos remerciements.

M. le Professeur Dayot fut ensuite notre maître et nous tenons aussi à lui exprimer notre reconnaissance pour sa grande bienveillance à notre égard.

M. le Professeur Lécène nous a fait un très grand honneur en acceptant la présidence de notre thèse. Nous lui en exprimons ici notre gratitude bien respectueuse.

Notre travail comportera deux parties: D'abord, nous étudions dans son ensemble et avec quelques détails la lithiase de la glande sous-maxillaire et de la glande parotidienne; puis, viennent 10 observations de lithiase salivaire dont deux ont leur siège à la glande parotide et les autres à la glande sous-maxillaire. Nous devons les trois premières

observations à l'obligeance de M. le Professeur Le Gal La Salle; les autres ont été choisies par nous parmi les observations déjà publiées; nous en avons trouvé beaucoup, mais nous n'avons gardé qu'une ou deux observations de chaque type clinique afin de mettre en relief la variabilité des symptômes et du pronostic de cette affection.

HISTORIQUE

La lithiase salivaire n'est pas une affection rare et de nombreuses observations en ont été publiées.

Lorsqu'on remonte dans l'histoire de la médecine, au temps d'Hippocrate, on peut lire: « On observe chez les gouteux des tumeurs sous la langue, serrées, fermes et peu grosses; ils ont les articulations faibles. Leurs os deviennent naturellement âpres. C'est la cause des tensions qui se font sentir à leurs articulations. » (Hippocrate, épidémies, 2). Avenzoar, dans une de ses notes, aurait observé un calcul du plancher de la bouche.

A. Paré a rapporté deux observations de « pierres » multiples, sous la langue: « Le capitaine Augustin, ingénieur du Roy, m'envoya quérir pour lui extraire une pierre qu'il avait sous la langue. Il en a encore une qu'on ne peut bien encore détacher ».

Dans la seconde observation, il s'agit d'un Espagnol qu'il traitait d'une « grande aposthème » de la langue. « Il me pria, à mains jointes, de la lui ouvrir, s'il se pouvait faire sans péril de sa personne, ce que je fis promptement et trouvai sous ma lancette un corps solide qui étaient cinq pierres semblables à celles qu'on tire de la vessie ».

Mais, il faut arriver à la fin du dix-septième siècle pour établir le siège de ces calculs. Lorsque Wharton et Sténon eurent découvert les canaux excréteurs des glandes sous-maxillaires et parotidiennes, on décrivit encore, sous le nom de « ramule concrète », les calculs salivaires, sans songer à les placer dans les canaux excréteurs de la salive.

Christian Schérer affirma un des premiers, en 1737, qu'il s'agissait bien de calculs des canaux excréteurs des glandes salivaires. En 1855, Thomas de Closmadeuc put réunir dans sa thèse plus de cent cas de calculs salivaires.

De nombreuses thèses parurent sur ce sujet et contribuèrent à isoler la question: citons les travaux de Moreau (1876), de Terjaniantz (1878), de Galippe (1886), qui montra l'origine microbienne des calculs salivaires, de Gonas (1880) qui étudia les rapports de la lithiase salivaire avec l'arthritisme, de Graille (1896), de Desprès, Berger, Richet et Duplay. Schiffer, dans sa thèse de 1904, a fait son étude très complète de l'anatomie pathologique.

Puis, la radiographie est venue apporter son aide au diagnostic de la lithiase salivaire; citons les travaux du Docteur Maingot à Paris et ceux de Arcelin et Sargon à Lyon, dont nous nous sommes inspirés. Enfin, plus près de nous, nous trouvons l'excellente thèse de Mlle Giboulot en 1918, celles des Docteurs Métadier (1922) et Lavit (1924) à Montpellier, et de Médeiros (1925) à Bordeaux, qui nous ont procuré beaucoup de renseignements utiles pour notre travail.

ETIOLOGIE

La lithiase salivaire est une affection assez fréquente; toutes les glandes salivaires peuvent être atteintes de calculs, mais tandis que la glande sublinguale n'en est pour ainsi dire jamais atteinte et la glande parotidienne assez rarement, la glande sous-maxillaire l'est très souvent. De Closmadeux considère que la lithiase sous-maxillaire est 10 fois plus fréquente que la lithiase parotidienne. Les calculs salivaires surviennent généralement à l'âge adulte; dans nos observations, il s'agit trois fois seulement de jeunes gens d'environ vingt ans; dans les sept autres observations, les patients ont de 30 à 50 ans.

L'homme est beaucoup plus souvent atteint que la femme, environ trois fois plus. La présence du tartre dentaire, les dents cariées et mal entretenues, l'usage du tabac sont des causes prédisposantes; ce sont peut-être ces dernières raisons qui font que la lithiase est plus fréquente chez l'homme.

La cause déterminante est la précipitation des sels qui normalement sont dissous dans la salive. C'est à la pathogénie de nous dire comment se fait cette précipitation.

PATHOGENIE

D'après Wright, c'est la stase salivaire qui donne naissance à des calculs des glandes sous-maxillaire ou parotidienne. Le calcul se formerait à l'endroit de la compression.

Pour Closmadeuc, ce ne serait pas la « compression extrinsèque » qui seule interviendrait, mais la stase due à un rétrécissement inflammatoire serait seule capable de provoquer la formation d'un calcul.

Mais on a fait la ligature des canaux excréteurs de la salive et il n'y a point eu formation de calcul; cette théorie de la compression extrinsèque ou intrinsèque est donc insuffisante.

Dans quelques cas, on a constaté la présence d'un corps étranger au centre d'un calcul. Richet généralisa ce fait et prétendit que tout calcul salivaire se développait autour de corps étrangers, soit tartre dentaire, soit arête de poisson. Cette théorie est possible, mais on ne peut l'appliquer à tous les cas.

Une troisième théorie fut émise par Charles Robin, c'est la théorie chimique qui dit que: de même que l'urine laisse précipiter son acide urique, lorsqu'elle est hypéracide, de même la salive laisserait précipiter ses sels, par suite de modifications chimiques.

Mais on ne peut assimiler les deux processus, car il est prouvé que pour la production des pierres uriques, il faut faire intervenir l'acide thyminique.

La théorie la plus généralement admise aujourd'hui est la théorie de Galippe qui prétend que tous les calculs ont une origine parasitaire.

« Il se peut, dit-il, qu'il y ait des calculs se formant en dehors de toute intervention parasitaire, mais je ne les connais point et la démonstration de ce mécanisme n'a pas été faite. »

Galippe arriva à produire des calculs dans la salive abandonnée à elle-même pendant 4 ans 1/2: les uns étaient blanc jaunâtres sphériques plus denses que les liquides peu résistantes. Les autres étaient des concrétions brunes et dures.

Klebs retrouva au centre des calculs le streptothrix de la bouche et Voisin découvrit le streptocoque.

L. Fournier a trouvé 23 fois sur 70 cas, des microbes dans le noyau du calcul. Mais, d'après Fournier, le rôle des microbes dans la production de calculs salivaires n'exclut pas la théorie humorale.

On conçoit qu'à cause de ce rôle des microbes, les corps étrangers agissent non seulement comme corps mécaniques mais aussi comme vecteurs de l'infection par les microbes qui sont dans leurs anfractuosités.

La vérité semble donc être qu'aucune théorie n'est suffisante à elle seule pour expliquer la formation des calculs, mais qu'au contraire, elles se complètent les unes les autres.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous étudierons:

1° Le calcul.

2° Les lésions de la glande et de son canal produites par le calcul.

1° LE CALCUL :

a) *Siège* : Le canal excréteur de la salive est plus souvent le siège du calcul que la glande correspondante. Sur 26 cas de calculs, Czigan cite 22 cas concernant le canal de Wharton et 4 la glande sous-maxillaire.

Hantzel cite 11 cas de calculs glandulaires pour 18 cas de calculs du canal excréteur. Il peut y avoir coexistence de calculs glandulaires et du canal excréteur.

Les calculs salivaires peuvent siéger en un point quelconque du canal excréteur; ils peuvent ulcérer ce canal et se loger dans le tissu avoisinant, ce sont des calculs « sus-canaliculaires » Sheffer.

b) Nombre.

On trouve quelquefois un seul calcul, mais le plus souvent il y en a plusieurs.

Dans l'observation IV, le chirurgien a extrait 14 calculs du canal de Sténon. Dans les observations V, VI et IX, la glande sous-maxillaire contenait, dans chaque cas, quatre calculs. Manget a trouvé 7 calculs dans un canal de Wharton. Schmitt en trouva 20.

c) Poids, Volume, Densité. Le poids des calculs observés est variable; on peut avoir des calculs à peine visibles; par contre, on cite le cas de Power qui débarrassa un malade d'un calcul pesant 44 grammes. Mais, en général, le poids du calcul ne dépasse pas 1 gr. 50.

Les calculs jetés dans l'eau tombent au fond.

d) Consistance. On trouve des calculs qu'on peut écraser et rayer facilement. D'autres sont très résistants.

e) Couleur. Les calculs sont quelquefois teintés en jaune, mais le plus souvent ils sont grisâtres ou blanc mat.

f) Forme. Elle est sphérique ou ovalaire, lorsqu'il n'y a qu'un calcul ou plusieurs calculs isolés, mais lorsque plusieurs calculs sont en contact ils sont polygonaux; on a ainsi un véritable chapelet comme dans l'observation IV.

g) Structure du calcul. Le calcul est formé de deux parties: le noyau et l'écorce. Le noyau peut être formé par une arête de poisson ou un éclat de bois ou par des matières organiques.

h) Bactériologie. Galippe considère qu'il y a toujours un microbe à l'origine de tout calcul et dans les cas où on a retrouvé un corps étranger, il prétend que ce dernier agit

comme parasitifère; en tout cas de nombreux auteurs comme Waldeyer, Maas, Klebs ont trouvé des bactéries à l'analyse des calculs.

i) *Composition chimique.* Les analyses qui ont été faites montrent que les calculs sont formés de matières organiques, de carbonate et de phosphate de chaux; ce dernier sel représente à lui seul les huit dixièmes de la masse totale.

2° LÉSIONS DE LA GLANDE ET DE SON CANAL :

1) *Lésions du canala sécréteur.*

La présence du calcul dans le canal salivaire détermine des lésions qui varient avec le siège du calcul et avec le stade d'évolution de l'affection.

D'abord la rétention salivaire agit mécaniquement pour dilater le canal en amont du calcul; puis la paroi s'hypertrophie. Les lésions en restent là tant qu'il n'y a cliniquement que des troubles mécaniques sans suppuration notable. A la période de l'inflammation aiguë et surtout de la suppuration, le canal contracte des adhérences avec les tissus voisins, il s'indure, l'ostium ombilical est éversé au dehors et rouge.

Si les phénomènes inflammatoires persistent, le canal finit par s'ulcérer et se fistuliser soit à l'intérieur de la bouche, soit au niveau de la région sous-maxillaire à l'extérieur.

2) *Lésions de la glande.*

Sous l'influence de la rétention salivaire, la glande se tuméfie d'abord d'une façon intermittente puis d'une façon constante et l'infection intervenant, la glande se congestionne, s'enflamme et contracte des adhérences avec les tissus du voisinage.

« Il s'agit, non seulement de la distention des cavités canaliculo-glandulaires, comme dans la curhose biliaire calculeuse, par la rétention salivaire, mais de la formation d'un tissu inflammatoire. » (Schiffer).

A un stade plus avancé de la maladie, la sclérose remplace l'inflammation; les éléments nobles sont étouffés par

le tissu fibreux; en outre, les lésions ont une disposition péricanaliculaire.

Mlle Giboulot, dans sa thèse, conclue: « Les lésions varient depuis la plus simple altération de la cellule acineuse jusqu'à la sclérose ou à la suppuration de la glande suivant la durée et le degré plus ou moins marqué de l'obstruction calculeuse et l'intensité des processus infectieux qui peut la compliquer. »

SYMPTOMATOLOGIE

L'étude des observations de notre travail nous permet de nous faire une idée assez complète de la symptomatologie de la lithiase sous-maxillaire et parotidienne depuis les formes classiques jusqu'aux variétés cliniques. C'est cette variabilité des symptômes qui a causé les nombreuses erreurs de diagnostic rapportées au cours des observations VII, VIII et X.

A) *Signes fonctionnels.*

Nous prendrons comme type de description le cas assez fréquent s'accompagnant de « coliques salivaires »: « Au moment d'un repas, le malade est pris de vives douleurs dans la langue et le plancher de la bouche. En même temps survient un gonflement rapide et parfois considérable de la région sus-hyoïdienne, en même temps qu'un soulèvement de la muqueuse sublinguale. Les douleurs se calment bientôt et leur cessation coïncide souvent avec l'expulsion d'un jet de salive par l'ostium ombilical; le gonflement diminue peu à peu, mais met quelquefois plusieurs heures à disparaître. » (Morestin).

Mais ce signe si caractéristique de la colique salivaire n'est point constant; c'est ainsi que la « colique salivaire » ne peut être retrouvée que dans les observations V, VI et IX.

Dans d'autres cas, le malade accuse des picotements, des brûlures de la langue et du plancher buccal; il y a des irradiations à la joue, aux oreilles, aux dents.

Ici le malade sent une vague gêne sous la langue ou ressent la présence d'un corps dur non douloureux.

Là, le patient vient consulter pour une grosse fièvre accompagnée de tuméfaction du plancher buccal ou de la région parotidienne; il y a trismus et grande douleur qui rendent l'examen difficile; puis tout à coup le malade rend un calcul en même temps qu'un flot de pus, et peu à peu les signes d'inflammation diminuent (observation III). Dans d'autres cas, après des « coliques salivaires » se répétant à intervalles plus ou moins rapprochés, mais n'aboutissant pas à l'élimination des calculs, il se forme une inflammation chronique de la glande qui évolue vers la sclérose ou vers la suppuration et la fistulisation.

Cette diversité des symptômes et la rareté relative des calculs salivaires fait souvent commettre des erreurs de diagnostic que l'on pourra éviter en pratiquant systématiquement l'examen physique à l'aide du palper du cathétérisme et en cas d'échec de ces procédés, de la radiographie.

B) *Signes physiques.*

L'exploration avec un doigt d'une main dans la bouche, et l'autre main à l'extérieur, permet de se rendre compte du volume exact des glandes, de leur consistance et de leur sensibilité, et surtout lorsqu'il y a des calculs dans le canal excréteur, on peut les sentir faisant une saillie dure et résistante sur le trajet du canal.

Le *cathétérisme* des canaux de Sténox et de Wharton sera pratiqué avec un stylet, mais dans un canal enflammé, la pénétration est souvent impossible; dans ce cas, on pourra employer le procédé de Richet et Desprès qui est le suivant: on pique la muqueuse buccale au niveau du soulèvement produit par le calcul probable et on a la sensation d'un corps dur qui arrête l'épingle dans son trajet.

Radiographie.

Dans les cas où l'inflammation des parties molles et la douleur empêchent l'examen direct, la radiographie est indispensable.

En France, ce furent Aubourg, puis Maingot en 1910 qui furent les premiers à appliquer les rayons X au diagnostic des calculs salivaires.

On sait en effet que « toutes les glandes de l'organisme peuvent donner naissance à des formations, à des concrétions dont l'opacité est plus ou moins grande aux rayons X. Cette opacité est liée à leur composition chimique et deux calculs d'une même glande peuvent ne pas être également perméables à la radiographie, vu que les éléments chimiques n'entrent pas toujours dans le même rapport dans leur constitution. » (De Medeiros).

Or, les analyses chimiques des calculs salivaires révèlent qu'ils sont constitués surtout par des sels de chaux: phosphates et carbonates; ces sels sont opaques aux rayons X.

Pour obtenir une bonne radiographie, il faut que les ombres des branches du maxillaire inférieur ne masquent pas celle du calcul.

Les radiographes y parviennent par une technique spéciale qui utilise tantôt la voie externe, tantôt la voie buccale.

Les calculs salivaires étant formés de phosphates, on emploie des rayons mous qui donnent une meilleure image des calculs.

Non seulement la radiographie pourra découvrir un calcul non décelable par un autre examen, mais encore elle donne la situation exacte de ce calcul, ce qui facilite l'intervention lorsqu'elle se borne à une extraction.

Toutefois, il faut savoir que lorsque le calcul est petit et logé dans la glande enflammée, au milieu du pus, il peut ne pas être perçu à la radiographie; mais il reste néanmoins que dans la majorité des cas l'image radiographique permet d'affirmer la présence ou l'absence d'un calcul.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic positif se fera par l'interrogatoire qui s'efforcera de dépister et de grouper les symptômes de lithiase, mais surtout par l'examen physique, par le palper, par le cathotérisme et la radiographie.

Le diagnostic différentiel varie suivant que la lithiase siège au niveau des canaux excréteurs ou des glandes.

I. Les calculs du canal de Wharton ne seront pas confondus avec :

a) la *Fluxion dentaire* qui est due à une dent cariée; elle s'accompagne de gonflement de la joue; le palper de la glande sous-maxillaire la montre normale.

b) la *Grenouillette* qui est une tumeur non douloureuse, liquide, molle, transparente, de la glande sublinguale qui peut atteindre le volume d'un œuf de pigeon; la muqueuse sous-jacente n'est pas modifiée.

c) l'*Ostéopériostite* du maxillaire, qui montre un os grossi en même temps qu'on a souvent les commémoratifs d'une dent cariée.

d) l'*Angine de Ludvig* ou phlegmon septique dont la marche suraigüe, la dureté des tissus envahis et la gravité des symptômes permettent en général le diagnostic.

f) le *Cancer du plancher* de la bouche, caractérisé par une ulcération dont la base s'indure ou par un nodule profond adhérent à la muqueuse; les ganglions sont envahis.

g) Les corps étrangers du canal de Wharton ou de Sténon sont d'un diagnostic délicat, d'autant plus qu'il peut y avoir à la fois calcul et corps étranger; l'interrogatoire peut apprendre que le malade s'est introduit une arête de poisson, par exemple.

II. Calculs intraglandulaires.

a) Les calculs de la glande parotide ne devront pas être confondus avec :

Les *Oreillons* qui se diagnostiquent par la notion d'épidémie, leur bilatéralité, leurs complications testiculaires.

La *Fluxion dentaire* et l'*Ostéopériostite* du maxillaire supérieur seront caractérisés de la même façon que ci-dessus pour la mâchoire inférieure.

b) Les calculs de la glande sous-maxillaire ne devront pas être confondus avec :

L'*Adénite*, qui peut être bilatérale et ne répond pas à la situation exacte de la glande.

La *Sous-maxillite* simple ou primitive à laquelle il ne faudra penser que si la radiographie et les antécédents ne révèlent point la présence de calcul dans la glande.

Dans les cas où la lithiasie est compliquée, le diagnostic est à faire avec :

L'*Adénite* ou l'*Adénophlegmon* ; mais la marche de ces affections est différente : au début, petite nodosité de l'angle de la mâchoire, puis inflammation de la région sus-hyoïdienne et non pas vers le plancher buccal comme dans la sous-maxillite ; l'examen de la glande et du canal est négatif.

PRONOSTIC

Le pronostic est essentiellement variable. Moreau disait que la lithiasie salivaire est « une affection plus incommode que dangereuse ».

Souvent, en effet, la tolérance du calcul est complète pendant plusieurs années et l'évolution se termine par l'élimination spontanée de un ou plusieurs calculs.

Mais dans d'autres cas, la présence du calcul congestionne le canal, le traumatise favorise l'infection ascendante secondaire du canal et de la glande ; il y a Whartonite sous-maxillite et quelquefois péri-sous-maxillite. Les phénomènes peuvent être tels qu'ils nécessitent une intervention d'urgence.

Dans d'autres cas il y a formation d'abcès qui s'ouvrent ensuite dans la bouche ou à l'extérieur, formant dans ce dernier cas des fistules intarrissables que seule l'ablation de la glande peut guérir.

On peut également admettre que par suite de cette irritation chronique du canal et de la glande, il puisse y avoir transformation néoplasique, comme cela se produit pour la lithiase biliaire, mais aucun cas de ce genre n'a encore été publié à notre connaissance.

TRAITEMENT

Il est uniquement chirurgical. Mais l'intervention varie suivant qu'on a affaire à une lithiase simple ou compliquée.

Dans le premier cas, lorsque la lithiase s'est manifestée par quelques coliques salivaires, il peut suffir d'extirper les calculs par la voie buccale; une incision de la muqueuse au niveau du calcul, dont le siège a été fixé par le soulèvement de la muqueuse à son niveau ou par la radiographie, permet d'extirper le calcul; s'il y a plusieurs calculs du canal excréteur, on peut en général les extraire tous par la même plaie; lorsqu'il s'agit d'un cas de lithiase du canal de Wharton, on peut après l'ablation du calcul faire le drainage de ce canal: si au bout de quelques jours la salive qui s'écoule par le drain s'éclaircit, on retire le drain et la guérison est obtenue, mais si la salive qui s'écoule est toujours mélangée à du pus, il faut faire l'ablation de la glande salivaire.

Si le calcul siège dans la glande, s'il y a récurrence des calculs, si la glande est sclérosée et douloureuse, s'il y a des fistules externes, il faut systématiquement enlever la glande après ligature de son canal excréteur; la guérison complète est obtenue en quelques semaines au plus.

« Il faut avoir éprouvé ces poussées calculeuses, dit Coudret en rapportant son auto-observation, pour pouvoir apprécier le bonheur que l'on sent à ne plus en avoir et que l'on éprouve à la perspective d'en être à jamais débarrassé. »

OBSERVATION I (*inédite*)
Due à l'obligeance du Docteur Le Gal La Salle

M. X..., 53 ans, habituellement bien portant; 4 enfants. Rien à signaler dans ses antécédents personnels ni héréditaires.

Vient consulter le 9 avril 1924.

Début, il y a 6 ans, par des douleurs siégeant dans les régions sous-maxillaires droite et gauche survenant après les repas; elles s'accompagnent de gonflement des régions sous-maxillaires et le malade a la sensation que la salive ne vient pas dans la bouche. Ces douleurs ne surviennent que par périodes et il y a des moments où le malade ne souffre pas.

Il y a deux ans, il a un abcès dans la région sous-maxillaire droite; il le laisse s'ouvrir seul et la suppuration dure plus de deux mois.

Deux mois après, un soir, il crache un gros calcul qu'il nous montre. Il est de couleur grisâtre, aplati en raquette, lisse. Il mesure 18 millimètres de longueur sur 15 millimètres de largeur et 3 millimètres d'épaisseur.

Le malade aurait rendu souvent de petits calculs moins volumineux.

Lors de notre examen, nous constatons que la glande sous-maxillaire droite a le volume d'un petit œuf; elle est lisse, résistante et indurée, de consistance un peu inégale.

OBSERVATION II

(Calcul salivaire enclavé dans le canal de Wharton. — Communiquée à la Société Scientifique de l'Ouest. Dr Le Gal La Salle.)

Le 3 janvier 1924 est adressé à notre consultation par le Dr Fraleu, un ouvrier de l'arsenal de Rennes d'une quarantaine d'années qui se plaint de souffrir depuis 6 mois du plancher de la bouche. La douleur d'ailleurs est peu accentuée. Il a la sensation d'avoir sous la langue quelque chose qui la soulève et la gêne dans ses mouvements. Il existe une certaine difficulté de la mastication; le malade se mord la langue. Il y a 3 semaines il a été pris brusquement de douleurs siégeant sous la branche horizontale gauche du maxillaire inférieur en même temps qu'apparaissait dans cette région une tuméfaction qu'il qualifie de « ganglion ».

Ce gonflement douloureux qui atteignait à peu près le volume d'un œuf de poule a duré huit jours et s'est dissipé peu à peu.

A l'examen nous constatons que la région sublinguale gauche est tuméfiée en masse. Cette tuméfaction assez accentuée soulève la langue

dont la pointe est repoussée en haut et à droite. La muqueuse est rouge; l'embouchure du canal de Wharton est soulevée en un petit tubercule; la caroncule salivaire est plus saillante que normalement, et l'osium ombilicale légèrement entr'ouvert est bordé d'un liseré blanchâtre.

La palpation entre un doigt intrabuccal et un doigt sous-maxillaire permet de sentir un épaississement du plancher de la bouche et de percevoir sous la muqueuse, juste au niveau de la caroncule et un peu en arrière d'elle, une masse très dure qui soulève cette muqueuse.

Cette dernière qui glisse facilement à sa surface semble seule la séparer du doigt intrabuccal. Cette exploration ne réveille pas de douleur.

Un fin stylet introduit dans l'ostium ombilical frappe sur un corps dur, immobile. La glande sous-maxillaire n'est pas sensiblement augmentée de volume et sa palpation réveille une légère sensibilité.

L'ablation du calcul fut des plus simples. Après anesthésie à la novocaïne, une incision d'un centimètre débride l'orifice du canal de Wharton, et nous permet de faire sortir par expression un calcul un peu allongé du volume d'un gros pois de coloration jaunâtre.

La palpation de la région, l'exploration au stylet de la petite cavité ne nous révèlent pas d'autre calcul.

Cette observation peut prendre rang parmi les cas les plus habituels de la lithiasie salivaire.

OBSERVATION III

(Communiquée à la Société Scientifique de l'Ouest. — Docteur Robin)

En août 1923, le jeune M..., de Rennes, est pris d'accidents inflammatoires dans la région parotidienne droite. A l'examen du 14 août on note du gonflement de la joue, de la rougeur, de la douleur vive et une température s'élevant à 39°. L'examen de la bouche est très difficile en raison du trismus intense et ne permet que de constater une rougeur et un œdème diffus de la région externe du maxillaire supérieur droit (sillon gingivo-labial). On ne peut se rendre compte de l'état de la dentition ni vérifier l'hypothèse d'un phlegmon dentaire primitivement envisagée.

Un traitement d'attente est institué à base de gargarismes chauds et de compresses humides chaudes sur la région douloureuse de la joue. Le 16, le malade est revu et alors que tout était préparé pour une intervention, déclare qu'il est guéri et explique qu'il a craché un corps très dur suivi d'un flot de pus.

Il s'agissait d'un calcul muriforme cylindrique, irrégulier, long de 15 millimètres, de 5 millimètres de diamètre, siégeant dans le canal de Sténon et expulsé spontanément.

Aucun accident consécutif; le malade revu en 1924 ne conserve aucune trace de cet incident passager.

OBSERVATION IV (traduite par nous)

(Par M. Alfred H. Noehren. *The Journal of the American Medical Association*, n° 1, 6 janvier 1923)

Calculs multiples du canal de Sténon.

Histoire: F. S., âgé de 20 ans, étudiant, me consulta en juin 1922, se plaignant d'un gonflement dans la joue gauche. Il avait remarqué ce gonflement depuis 8 années. Cela variait de temps en temps et pendant les 4 derniers mois la tuméfaction avait été plus volumineuse que jamais auparavant. Il n'y avait eu aucune douleur et le malade n'avait pas souffert de pyorrhée, dents cariées, formation de tartre ou mauvaise odeur de l'haleine. Il y avait toujours eu un libre écoulement de salive, et il n'avait jamais rendu de pierre; il avait consulté un médecin dans la ville de son collègue qui diagnostiqua de multiples calculs salivaires.

Examen : Le malade était un jeune homme bien développé, en bonne santé apparente; ses dents étaient en bon état, et à part la tuméfaction, il n'y avait rien d'anormal dans l'aspect de sa bouche. Il y avait une tuméfaction modérée de sa joue gauche, ayant l'apparence extérieure d'un abcès alvéolaire de la mâchoire supérieure.

La palpation révélait le gonflement comme étant irrégulier de forme, et consistant en un certain nombre de corps durs. Cela était senti près du bord antérieur du muscle urasséter au niveau du canal de Sténon.

A l'intérieur de la bouche, trois corps distincts pouvaient être différenciés, qui paraissaient être plus près de la muqueuse que de la peau.

Il était impossible de trouver où siégeait l'ouverture du canal de Sténon; la glande parotide n'était pas augmentée de volume; un diagnostic fut fait de calculs multiples de la portion buccale du canal de Sténon, probablement au nombre de 3.

Opération : Celle-ci fut accomplie sous anesthésie locale (cocaïne à 1 p. 100) à l'hôpital Deacouess, le 20 juin. J'incisai la muqueuse sur la pierre la plus volumineuse. Avec beaucoup de difficultés, celle-ci fut amenée à la plaie, et fut saisie avec une pince par un assistant, après quoi je la disséquai et l'enlevai; elle était très adhérente et ne put être extirpée sans une grande dissection. Ce procédé fut répété pour chacune des autres pierres en employant toujours cependant la même incision. A notre grande surprise, au lieu de 3, il y eut 14 pierres. Elles étaient dures et couvertes d'un épais tissu adhérent. La plaie était longue de 19 millimètres et dut être considérablement épongée. Une mèche de gaze fut tenue à l'intérieur de la bouche pendant 24 heures.

Evolution : Le malade guérit bien. Le 24 septembre il écrivait que la plaie était bien cicatrisée et le gonflement pratiquement disparu; il n'y avait plus de douleur, et aucune pierre ne pouvait être sentie.

OBSERVATION V

(Par MM. Retrouvey, Duborg et René Villar. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 25 janvier 1925)

M. X..., trente ans, ayant toujours joui d'une excellente santé et présentant une bonne denture, a été victime, à diverses reprises, de crises de colique salivaire. Depuis plus d'un an, il a remarqué au niveau du plancher de la bouche, l'existence de plusieurs petites tumeurs faisant saillie sous la langue et ne la gênant que faiblement.

A l'examen, il s'agit manifestement de lithiase du canal de Wharton du côté droit, le canal augmente de volume dans tout son trajet buccal, avec des épaississements monoliformes et facilement palpables; il loge plusieurs calculs qui paraissent espacés les uns des autres par plusieurs millimètres. L'ostium ombilical est épaissi, nettement enflammé, et présente une couleur rouge sombre. La glande sous-maxillaire n'est ni palpable, ni douloureuse, mais le malade déclare qu'à l'occasion de ses crises, il sent quelque chose en dedans de la mâchoire.

La radiographie localise chacun des quatre calculs et montre que chacun d'eux se trouve constitué par un noyau central recouvert de couches d'éléments minéraux. Ils sont extraits avec anesthésie locale par imbibition à la cocaïne adrénalinée au 1/10^e, par simple incision du canal. Pas de suture. Suites opératoires normales. Guérison rapide.

Ces calculs sont de couleur blanc grisâtre, de consistance, friable: celui situé le plus près de l'orifice du canal est conique. Les autres sont de forme cylindrique, plus ou moins allongée, ayant environ le diamètre d'un crayon.

Chimiquement, leur corticale est formée par du phosphate de calcium pur. (Professeur Chelle.)

OBSERVATION VI

(Dartiques. *Lithiase salivaire de la glande sous-maxillaire droite. Extirpation de la glande.* — *Revue de Stomatologie*, 16 juin 1924)

Examen clinique: Homme de 25 ans. Conducteur de camions. Habite la Seine-et-Oise. Pas de goîtres de la région, pas de goîtres dans sa famille. Aucune lithiase salivaire dans ses antécédents.

Blond vénitien; boit beaucoup de lait, un peu de vin, de l'eau. Mange beaucoup de viande. Ne tousse pas, n'a jamais eu de coliques hépatiques, ni colique néphrétiques. Irès bonne santé générale. N'a jamais la bouche sèche. A été gazé pendant la guerre.

Il y a, deux mois, se trouvant sur un camion, brusquement une violente douleur dans la région sous-maxillaire droite, sans avoir jamais rien éprouvé jusque là, ni inflammation, ni douleurs, ni maux de gorge.

Douleur comme « si on lui arrachait la langue », douleur auriculaire irradiée. S'aperçoit en même temps qu'il a une tuméfaction de la région sous-maxillaire, grosse comme une noix.

Souffre pendant trois jours avec crises plus violentes. Au bout de trois jours, rend par la bouche un calcul « comme une dent » (expressions du malade).

Reste deux mois tranquille, la tuméfaction a disparu. Deux mois plus tard, nouvelle crise aussi violente que la première, nouvelle tuméfaction, mêmes sensations que la première fois. Au bout de trois jours, rend trois calculs de mêmes dimensions que le premier. A rendu en tout quatre calculs.

Ces calculs sont rendus au niveau du canal de Wharton dans le sillon maxillo-lingual droit, où se trouve une érosion rougeâtre, signe d'inflammation. Les calculs se sont fait jour par cette voie, et non pas par l'orifice anatomique normal. Ces calculs sont blanc grisâtres, très friables.

On sent dans la région sous-maxillaire, la glande dure et augmentée considérablement de volume, la peau mobile à sa surface, mais profondément assez adhérente.

La glande est dure à la palpation; le toucher linguo-jugo-sous-maxillaire montre que la glande est assez éloignée du plancher buccal; aussi ai-je décidé de l'aborder par voie cutanée, plutôt que par voie intra-buccale, et, du reste, à cause de l'infection possible de la loge. Le malade est soigneusement préparé quant à l'asepsie buccale.

Opération, le 12 mai 1924, avec l'assistance du Docteur Weber. Anesthésie générale à l'éther.

Incision de 4 centimètres au niveau de la région sous-maxillaire à 1 centimètre au-dessous du rebord du maxillaire. On ouvre la loge sous-maxillaire et on énuclée la glande adhérente dans le fond. Un ganglion sous-maxillaire enlevé.

Hémostase aussi soignée que possible, petit tamponnement avec une mèche, à cause d'un peu de suintement au fond. Suture de la peau par dessus, en faisant juste passer la mèche.

Le malade est guéri, au bout de huit jours.

Remarque radiographique : J'ai fait faire cette radiographie avant d'opérer, afin de savoir s'il n'y avait pas d'autres calculs dans le canal de Warthon; on pourra l'extraire par la bouche et par la voie canaliculaire.

Remarque opératoire : La sous-maxillectomie est autorisée, me semble-t-il, quand on se trouve devant un cas de lithiase à répétition et que la glande paraît atteinte dans sa constitution macroscopique et sa structure biologique.

Il n'est pas impossible d'extraire la sous-maxillaire par la voie buccale, mais je crois qu'elle expose à plus de dangers, à la blessure du nerf lingual et surtout à l'infection par le milieu buccal toujours septique, malgré les plus grandes précautions.

OBSERVATION VII

(Thèse Mlle Giboulot. Service de M. le Professeur Lecène)
(Sous-maxillite suppurée et fistulisée causée par un calcul
du canal de Wharton.)

B. E..., 16^e chasseurs à pied, 19 ans. Entré le 20 juin 1916 à l'hôpital militaire de Limoges, pour suppuration d'un ganglion sous-maxillaire gauche (diagnostic du médecin traitant).

A l'examen, on constate qu'il existe en effet, dans la région sous-maxillaire gauche, une fistule qui conduit sur une masse arrondie, grosse comme une noix, adhérente à la peau et aux plans profonds. Interrogé, le malade raconte qu'il a vu apparaître cette grosseur, il y a trois semaines; au bout de quelques jours, elle s'est ouverte à la peau et il en est sorti quelques gouttes de pus; il y a un an, le malade dit avoir eu déjà une grosseur dans la région sous-maxillaire, mais cette grosseur se serait rapidement résorbée, sans suppuration. Il n'y a jamais eu de douleurs analogues aux « coliques salivaires »; il n'existe dans la région cervicale aucune adénopathie.

Le soldat est très vigoureux et n'a jamais été malade antérieurement.

En examinant le plancher buccal, la langue soulevée, on constate à gauche du frein de la langue, une saillie anormale et une voussure correspondant au canal de Wharton gauche. L'orifice de ce canal est rouge et enflammé. Le diagnostic est alors posé de sous-maxillite suppurée fistuleuse consécutive probablement à une lithiase de la glande sous-maxillaire.

Opération le 22 juin 1916, par M. le Professeur Lecène: « Incision sous-maxillaire gauche circonscrivant l'orifice fistuleux qui conduit directement sous la glande sous-maxillaire, on enlève toute la glande sous-maxillaire en continuité avec le canal de Wharton, le plus loin possible.

« Hémostase. Réunion de la plaie opératoire avec un drain, guérison simple. Cicatrisation complète en quinze jours. La glande sous-maxillaire est diminuée de volume; elle n'est guère plus grosse qu'une noix. Elle est scléreuse et à la coupe, on voit des traînées fibreuses qui la lobulent grossièrement.

« Le canal de Wharton est dilaté et sa paroi est épaissie. Dans la portion intraglandulaire du canal, on trouve un calcul du volume d'un gros pois; ce calcul est arrondi et de couleur brun-noirâtre. Il est enchatonné dans le canal qu'il obstrue complètement.

« L'examen histologique de la glande extirpée montre les lésions banales qu'on trouve dans le cas de lithiase sous-maxillaire; sclérose lobulaire avec foyers d'infiltration de cellulites embryonnaires au centre des lobules, le long des canaux excréteurs. »

OBSERVATION VIII

(Thèse de Mlle Giboulot. Service de M. le Professeur Lecène)

Sous-maxillite suppurée droite causée par un calcul enchatonné dans le canal de Wharton.

G..., 39 ans, adjudant au 3^e bataillon d'Afrique. Hôpital n° 4, à Limoges. Le malade entre, le 10 mars 1917, pour une fistule de la région sous-maxillaire droite. Cette fistule est le reliquat de plusieurs interventions pratiquées depuis septembre 1916 pour phlegmon chronique du plancher buccal (?).

Les accidents ont commencé le 23 septembre 1915 à Oran: on fit le diagnostic de phlegmon du plancher buccal. Incision au thermocautère de la région sous-maxillaire droite. Le malade ne guérit pas, mais conserve une fistule qui persiste pendant un an.

En septembre 1916, il y a une nouvelle poussée de suppuration dans la région sous-maxillaire gauche. Nouvelle incision. En février 1917, le malade présente encore une poussée de suppuration dans la même région. On agrandit la fistule par une incision.

Au moment de son entrée, le malade présente une fistule qui sécrète chaque jour un peu de pus et est située dans la région sus-hyoidienne droite, au-dessus de la grande corne de l'os hyoïdien. Cette fistule explorée au stylet conduit dans un trajet de cinq centimètres qui se dirige en haut et un peu en avant. Toute la région sous-maxillaire droite est encore empâtée et sensible à la pression. En pratiquant le palper de la région sublinguale, on sent que tout le plancher buccal est empâté à droite de la ligne médiane. En faisant soulever la langue du malade, on constate que l'orifice du canal de Wharton droit est rouge et enflammé. Dans ces conditions, il est évident qu'il s'agit ici d'une sous-maxillite suppurée fistulisée, due très probablement à une lithiase sous-maxillaire. Notons qu'avant l'apparition du phlegmon qui fut incisé en septembre 1915, le malade n'avait jamais souffert de crises douloureuses analogues aux « coliques salivaires ».

Opération le 15 mars 1917, par M. le Professeur Lecène: « Incision sous-maxillaire avec excision de l'orifice et du trajet fistuleux, la glande sous-maxillaire perdue dans une gangue scléro-inflammatoire est extirpée en totalité avec le canal de Wharton dont la dissection est poussée le plus loin possible. Hémostase, suture avec un drain. Guérison rapide: cicatrisation complète en trois semaines.

« La glande extirpée est scléreuse, manifestement diminuée de volume; elle est très dure à la coupe; on reconnaît les travées fibreuses qui délimitent grossièrement les lobules glandulaires.

« Le canal de Wharton contient, enchâssé, près de sa sortie de la glande, un calcul du volume d'une noisette, arrondi, de couleur brun noirâtre. L'examen histologique de la glande montre les lésions habituelles de sclérose glandulaire diffuse avec infiltration embryonnaire du centre des lobules, autour des canaux excréteurs. »

OBSERVATION IX

(Liébaut et Canuyl. Calcul du canal de Wharton.

Journal de Médecine de Bordeaux, 1914)

B..., quarante-quatre ans, colporteur. A eu son père mort d'un concert du larynx. Dans ses antécédents personnels, nous n'avons rien

trouvé d'intéressant et surtout aucun signe de calculose d'autres organes: hépatique, néphrétique, etc. L'histoire de la maladie que nous rapporterons brièvement, nous a appris que le malade aperçut pour la première fois dans sa région sous-maxillaire gauche, une grosseur atteignant le volume d'une noisette, indolore, dure et mobile. Cette grosseur dura quinze jours, disparut et revint le même temps quatre fois en huit mois, soit tous les deux mois. En août 1913, le volume de cette grosseur augmentant et atteignant celui d'une amande, il consulta un médecin qui lui conseilla de faire arracher une dent, cause, disait-il, de tout le mal. Le malade obéit et non seulement ne fut pas amélioré mais dans la nuit qui suivit l'extraction, le malade vit son cou augmenter de volume, gonfler très rapidement, surtout du côté gauche, devenir énorme et très douloureux, pour s'ouvrir le matin au niveau de la sous-maxillaire gauche par un orifice d'où s'écoula du pus.

Il entre le jour même à l'hôpital Saint-André dans le service du professeur Villar, et M. le docteur Coiquaud incisa ce qui semble avoir été un phlegmon de la région sous-maxillaire. L'orage était passé: amélioration rapide et quelques jours et tout rentra dans l'ordre.

Il y vingt jours, le malade remarqua qu'il éprouvait des douleurs dans la région autrefois atteinte, ces douleurs siégeaient dans la région sous-maxillaire gauche, le plancher de la bouche et s'irradiaient vers l'oreille gauche; elles survenaient par crises intermittentes et particulièrement dans les mouvements de mastication et s'accompagnaient d'une sécrétion exagérée de salive, tous phénomènes semblant répondre nettement aux signes de la « colique salivaire » qui survient, comme on le sait, sous l'influence des excitations gustatives.

Il y a huit jours enfin, nouveau gonflement progressif, douloureux, de la même région que la première fois, mêmes phénomènes infectieux phlegmatiques, mais moins intenses et surtout moins rapides. Le malade était cependant atteint au point de ne pouvoir parler que difficilement, prendre que des liquides, etc., quand le 1^{er} décembre 1913, il cracha le calcul que voici: ce calcul a la forme d'une olive, il est grenu, dépoli, à aspect poreux et pèse 1 gr. 80. L'expulsion de ce calcul soulagea beaucoup le malade, mais la tuméfaction ne diminua point et s'ouvrit à la peau de la région sous-maxillaire gauche dans la nuit du 2 au 3 décembre. C'est dans cet état qu'il se présente le lendemain 3 décembre à la clinique de M. le professeur Moure, où il nous fut donné de l'examiner.

L'attitude est particulière, c'est celle des malades de la région buccale et cervicale: tête plus ou moins immobilisée et enveloppée. La région sous-maxillaire gauche est très augmentée de volume, rouge tendue présentant en son milieu un orifice correspondant au diamètre d'un porte-plume d'où s'écoule à l'état continu, du pus mélangé de viscosité. Cette région est douloureuse, empatée et sa palpation provoque une issue plus marquée de pus.

La région buccale examinée nous montre une langue, des gencives, des dents normales. L'orifice de chaque canal de Wharton est intact, mais au niveau de la dernière grosse molaire il y a un orifice large, saignant par où est sorti le corps du délit, cet orifice répond à cet endroit où le canal de Wharton pénétrant dans la bouche, accomplit un coude, passant de la position perpendiculaire à la position horizontale. La région opposée est normale.

L'examen des divers appareils ne nous a révélé rien d'intéressant.

La radiographie nous a montré qu'il n'existait aucun autre calcul.

L'extirpation complète de cette glande sous-maxillaire a été décidée et exécutée; actuellement, notre malade est radicalement et définitivement guéri (25 décembre).

OBSERVATION X (abrégée)

(Dr Merville et Mlle Pommay. Quelques observations de lithiase de la glande sous-maxillaire. — *Revue de Stomatologie*, juin 1924)

M. P..., âgé de quarante-quatre ans, vient nous consulter le 10 novembre 1923, pour une tuméfaction de la région sous-maxillaire gauche. Il y a environ trois mois et demi que cette affection débuta par des picotements en mangeant ou en buvant. Quinze jours après, vers la fin d'août, alors qu'il mangeait des pommes vertes, le malade éprouva un goût d'acidité dans la bouche, suivi d'une gêne sous la langue du côté gauche et d'une sensation de sécheresse. En palpant sa région sous-maxillaire, M. P... s'aperçoit qu'elle est le siège d'une grosseur de la taille d'un œuf de pigeon. Cette tuméfaction, non sensible, diminue un peu, mais augmente de nouveaux pendant les repas où à la suite d'application de compresses humides chaudes.

M. P... va consulter son médecin qui lui prescrit des gargarismes chloratés, des compresses chaudes sur la région malade et des badigeonnages iodés de la gorge. N'ayant pas obtenu d'amélioration au bout de huit jours, le médecin pense à une adénite cervicale et conseille un traitement radiothérapique.

Au bout de cinq séances d'irradiation, la tuméfaction n'ayant toujours pas diminué, le malade nous est envoyé pour faire l'extraction de la seule molaire qui reste au maxillaire inférieur à gauche.

Antécédents héréditaires : Père décédé à quarante-cinq ans de congestion cérébrale, mère âgée de soixante et onze ans, en bonne santé.

Antécédents collatéraux : Un frère tué à l'ennemi; une sœur en bonne santé; un frère mort tuberculeux à trente-trois ans.

Antécédents personnels : Opéré en 1911 d'hémorroïdes, fit un ictère consécutif à l'anesthésie par le chloroforme.

Examen : Depuis 1915 a des angines tous les ans. A été réformé en 1919 pour maladie de cœur.

A la palpation de la région sous-maxillaire gauche, on sent une tuméfaction du volume d'une grosse noix, commençant un peu en

avant de l'angle de la mâchoire et s'étendant vers le milieu de la branche gauche de maxillaire. Cette grosseur est mobile, non adhérente à la peau ni au plan osseux.

En passant un doigt à l'intérieur de la bouche et en appuyant de l'autre main sur la tuméfaction, le doigt sent une grosseur dure au toucher, nettement limitée, à contour irrégulier. Cette manœuvre provoque une légère douleur. La bouche est en bon état, la muqueuse est saine, les dents propres sans tartre; la seule molaire qui reste au maxillaire inférieur gauche est vivante et non cariée.

L'orifice du canal de Wharton gauche est perméable, et l'on voit sortir la salive.

Il n'existe pas d'autres troubles qu'une sécheresse de la gorge et un besoin de cracher, surtout la nuit.

Nous pensons à un calcul salivaire et faisons faire une radiographie en confirme le diagnostic. La Radio montre effectivement un superbe calcul dont la moitié inférieure dépasse le bord de la mandibule.

Intervention le 16 octobre 1923 par Mlle Pommay. Anesthésie à l'éther. Ablation de la glande.

CONCLUSION

L'évolution clinique de la lithiase sous-maxillaire et parotidienne comprend deux périodes :

1° L'une est caractérisée par des coliques intermittentes et de la rétention salivaire. L'autre comprend des poussées aiguës, des abcès, de la suppuration chronique et la transformation scléreuse de la glande.

Le diagnostic des calculs salivaires est facilité dans les cas atypiques par la radiographie; ce procédé est le seul qui permette de découvrir et de localiser les calculs salivaires dans les cas où l'inflammation rend la palpation et le cathétérisme impossibles.

La menace d'accidents inflammatoires, les crises répétées de « coliques salivaires », la présence de fistules, la sclérose de la glande sont des indications à l'ablation totale de la glande salivaire atteinte. On fera autant que possible cette intervention à froid.

Vu, le Président de thèse,
LECÈNE.

Vu, le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. LAPIE.

BIBLIOGRAPHIE

I. — Thèses:

1854. THOMAS DE CLOSMADÉUC. — Recherches historiques sur les calculs salivaires. — Thèse Paris.
1856. DESMOREY. — Des calculs de la glande sous-maxillaire. — Thèse Paris.
1861. DOUROLENS. — Des calculs salivaires. — Thèse Paris.
- LANCELOT (Antonin-Louis). — Des calculs salivaires. — Thèse Paris.
1874. CROUZEL. — De l'inflammation suppurée de la glande sous-maxillaire. — Thèse Paris.
1876. MOREAU. — Etude sur les calculs salivaires du canal de Wharton et de la glande sous-maxillaire. — Thèse Paris.
1878. TERJANIANZ. — Des calculs salivaires. — Thèse Paris.
1880. GONAS. — Lithiase salivaire et ses rapports avec l'arthritisme. — Thèse Paris.
1894. VIAUD (M.). — De la rétention salivaire aiguë dans le canal de Wharton. Whartonites aiguës simples. — Thèse Paris.
1902. JOUSSEAUME. — Thèse Bordeaux.
1904. GUILLÔTEAU. — Calculs salivaires du canal de Wharton et de la glande sous-maxillaire. — Thèse Paris.
1905. SCHIFFER. — Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique de l'évolution et du traitement de la lithiase sous-maxillaire. — Thèse Paris.
1914. STCHEGUEL. — Thèse Toulouse.
1918. GIBOULOT (Mlle). — Contribution à l'étude des lésions dans la lithiase sous-maxillaire. — Thèse Paris.

II. — La Bibliographie étant très complète dans la Thèse de Mlle Giboulot (Paris 1918), nous en avons extrait les thèses, et la complétons par la Bibliographie des travaux parus depuis.

1917. CHRISTOPHERSON. — A large salivary calculus. — Proc. Roy. Soc. Med. Lond., t. x Sect. Pathology 1-4.
- BROWN. — Infection of the neck complicating calculus of the submaxillary gland. — Long Island Med. Journ. Brooklyn 1918, T. XII, p. 70.
- CARTER. — Salivary calculus. Report of a case. — Laryngoscop., Saint-Louis, T. XXVII, p. 881-884.

1918. MOORE. — Salivary calculus. — Proc. Roy. Soc. Med. London, T. XI, sect. Laryngology.
- BEVAN (A.-D.). — Salivary Calculi. Surgery clinic. — Chicago, t. CVII, p. 1217.
- NISSELSOHN. — A case of salivary calculus. — New-York Medic. Journ., t. CVIII, p. 109.
- RÖDELHUS. — Speichelsteinerkrankung. — Deutsche Mediz. Wochenschrift, t. XLIII, p. 606.
- RAY. — Some observations on the diseases conditions of the salivary gland and their ducts. — Medic. Times, New-York, t. XLV, p. 225.
- AMOROSI. — Contributio alla cosistica dei calcolcoli salivari. — Policlinica, Roma, t. XXV, p. 244.
- HAYES (G.-H.). — Note on a case of salivary calculus. — Journ. Roy. Nav. Med. Serv. (Lond.), t. IV, p. 321.
- MACKENSIE. — A large submaxillary calculus. — Proceed. Roy. Med. Soc. (London), sect. laryngology, t. XI, p. 156-158.
- FOMISELLI. — Corpo estraneo e calcolosi del satto di Wharton. — Morgagni (Milano), t. LX, p. 325-336.
- HAMBURGERI (S.). — Calcul de la glande sous-maxillaire droite. — Ugeskr. f. laeger Köbenhavn, t. LXXX, p. 2146.
- KANTOROWICZ. — Speichelkolik. — Deutsch. Monatsschr. f. Zahnk., t. XXX, p. 85.
1919. DE ANDRADE. — Sobre un caso do calculs do canal do Wharton. — Brazil Medico (Rio-de-Janeiro), t. XXXIII, p. 230.
- BLUMENTHAL. — Verdickung der speicheldrüsen bei Kriegsnachemern. — Deutsche Mediz. Wochenschrift, t. XLV, p. 1141.
- SÖDERLUND. — Eine Untersuchung über die sogenannte speichelsteinkrankheit, speziell deren Aetiologie. — Zentralblatt, f. chirurgie, B. m. XLVI, p. 926.
1920. VAN DEN HELM. — Un cas de calcul salivaire. — Neterl. Tijdschr. v. Geneesk (Amsterdam), t. XXVIII, p. 53-63.
- SAVAGE. — The problem. of prevention of salivary calculus. — Dental summary (Toledo), t. XL, p. 685.
- BUQUET ET GRENIER. — Lithiase salivaire datant de 30 ans. Calcul du canal de Wharton. — Bull. et Mém. Soc. Anatomique Paris, t. XC, p. 504.
- RABLOCZY. — Über die Parotissteine und über die Röntgenuntersuchung der Speicheldrüsen. — Fortschr. a. d. Ge. b. d. Röntgenstrahlen (Hambourg), 1919-1920, XXVII, p. 429-433, 1 pl.
- MOURE ET SOUPAULT. — Lithiase salivaire sous-maxillaire. — Bullet. et Mém. Soc. Anatomique, Paris, XC, p. 649.
- ESTÉOULE. — La Lithiase salivaire. — Semaine dentaire, p. 462.
1921. IVY. — Calculus in Wharton's duct. — Annals of surgery (Philadelphia), t. LXXIII, p. 377.
- JONES. — Salivary calculus in an acromegalie. — Annals of surgery, LXXIII, p. 527-530, 2 pl.

- CHAPMAN. — The surgery of salivary calculi. — Rhode Island Med. Journ., t. IV, p. 110.
- PRINZ. — The origin of salivary calculus. — Dental cosmos (Philadelphia), t. LXI, p. 231, 369, 503 et 619.
- TOURNEUX ET BERNARBEIG. — Lithiase Parotidienne. — Bull. et Mém. Soc. Anatomie, Paris, t. ICI, p. 425.
- DELON ET GAILLARD. — Calcul du canal de Wharton. — Société nationale de Médecine et des Sciences médicales, 13 avril.
- CONDAMIN. — Sous-maxillite consécutive à une application de radium pour cancer du plancher de la bouche. — Société de chirurgie, 30 juin 1921.
- 1922. CAHN ET LEVY. — A case of facial fistula due to submaxillary sialolithiasis. — Americ. Journ. Surgery, t. XXXVI, p. 11.
- BOSS. — Zur differential diagnose der Speichelsteine. — Beiträge zur Klin. Chirurgie, B. d. CXXV, p. 458.
- BUZBY. — Submaxillary calculus. — Annals of Surgery (Philadelphia), LXXVI, p. 778.
- CAVALIÉ ET MARCHIVE. — Notes sur un calcul salivaire du planch buccal. — Journal de Medecine, Bordeaux, t. LII, p. 685.
- CONIGLIO. — Duo casi di lithiasi della ghiandola sotomaxellare. — Riv. di Chir, t. V, p. 12-16.
- DURANTI. — Contributio allo studio della calcolosi salivare. — Attivita Med. Ital. (Pisa), t. V, p. 15, 33, 49.
- IVRY. — Calculus in Wharton's duct. — Trans. Philadelp. Acad. Surg., t. XXII, p. 155.
- VINON ET MIHHAUD. — Lithiase salivaire. — Bulletin Soc. Sc. Médicales, Montpellier, t. III, p. 191.
- DEBUCQUET. — Lithiase parotidienne chez l'homme. — C. R. Soc. Biologie, t. LXXXVII, p. 1079.
- METADIER. — Contribution à l'étude de la lithiase de la glande sous-maxillaire. — Thèse Montpellier.
- LAMBERT ET DELANNOY. — Lithiase salivaire. — Presse Médicale, p. 982.
- TOURNEUX. — Calcul du canal de Wharton. — Société chirurgicale de Toulouse, février, et Presse Médicale, p. 219.
- 1923. MACKENSIE. — Submaxillary gland containing a large salivary calculus. — Proc. Med. Roy. Soc. Lond., 1922-23, t. XV5, Sect. Laryngology.
- NOCHREN. — Multiple calculi in stenson's duct. — J. Amer. Med. Assoc. (Chicago), t. LXXX, p. 25.
- VARRIALE. — La Lithiase salivaire (a proposito d'un caso di calcolosi del dotto di Wharton). — Ann. di Med. Nav. (Roma), t. 11.
- PROETZ. — Report of two cases of salivary calculi. — Ann. oto-rhino-laryng., Saint-Louis, t. XXXII.
- DE RIO-BRANCO. — Lithiase de la glande sous-maxillaire avec diverticule cervical. — Bullet. et Mém. Soc. Chirurgie, Paris, t. XLIX.

- SKILLERN. — Submaxillary salivary calculus impacted at gland orifice duct. sialoadenitis chronic. — Surg. clin. N. America (Philad.), t. III.
- PARMENTIER ET CHABROL. — Pathologie des glandes salivaires. — Du nouveau traité de Médecine, t. XV.
- DELANNOT (E.). — Le cancer de la glande sous-maxillaire. — Revue de Chirurgie, t. LXI.
- BAZY (Pierre). — Calculs salivaires. — Bull. Académie de Médecine, séance du 2 octobre 1923.
- LORION (L.). — Une observation de calcul salivaire. — Journal des Praticiens, 20 octobre.
- RICHE (V.). — Calcul du canal de Wharton. — Bullet. Soc. Sc. Médicales Montpellier, séance du 7 décembre 1923.
- VIGUÉ. — Lithiase salivaire. — Bullet. Soc. Sc. Médicales Montpellier, séance du 7 décembre.
- DRENET (Ch.). — Lithiase de la glande sous-maxillaire. — Presse Médicale, janvier, p. 11.
- FORGUE. — Calcul du canal de Wharton. — Presse Médicale, p. 1056.
- HARTMANN. — Lithiase de la glande sous-maxillaire. — Société de Chirurgie, 7 mars.
- VANVERTS. — Lithiase salivaire. — Presse Médicale, p. 107.
- ROUHIER. — Auto-observation d'un calcul salivaire dont l'évolution a duré 28 ans. — Société Anatomique de Paris, mai. Bull. vol. LXIII, n° 5.
- WIESE HAMMER. — Calcul salivaire. — American Journal of Surgery, n° 8, août, vol. XXXVII.
- NØHREN. — The Journal of the American Association, t. LXXX, n° 1, 6 janvier. — Calculs multiples du canal de Sténon.
- 1924. MERVILLE ET Mlle POMMAY. — Quelques observations de lithiase de la glande sous-maxillaire. — Revue de Stomatologie, au XXVI, n° 6, juin.
- DARTIGUES. — Extirpation de la glande sous-maxillaire par lithiase salivaire. — Société des chirurgiens de Paris, 6 juin 1924. Paris Chirurgical, au XVI, n° 5.
- DELATTRE. — Journal des Sciences Médicales de Lille, au XL, n° 32, 10 août. — Calcul de la glande sous-maxillaire.
- COTTE. — Calcul et corps étranger de la glande sous-maxillaire. — Société de Chirurgie de Lyon, 20 nov. Lyon Chirurgical, t. XXII, n° 1.
- LAVIT (L.). — A propos d'une observation de calcul du canal de Wharton. — Thèse Montpellier.
- Oto-rhino-laryngologie Internationale, n° 12, décembre.
- 1925. Docteurs RETROUVEY, DUBORY ET René VILLAR. — Calcul du canal de Wharton. — Journal de Médecine de Bordeaux (janvier).
- DUFOUR. — Lithiase des salivaires inférieures (accidents, indications opératoires). — Société des Chirurgiens de Paris. Bulletin t. XVII, n° 10, juin.

- IzQUIERDO. — Calcul du canal de Wharton (même numéro que ci-dessus).
 - DE MEDEIROS. — Lithiase Salivaire et Radiographie. — Thèse Bordeaux.
-